

L'IMAGE DU MOIS

Localisation rénale d'un lymphome

H. DISPAS (1), M. DELPERDANGE (1), P. MEUNIER (2), M. BOURHABA (3), J.M. KRZESINSKI (4)

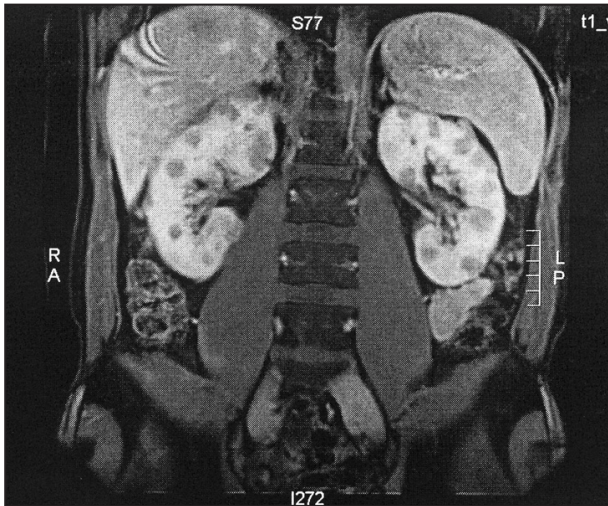


Figure 1. IRM initiale (coupe coronale en pondération T1 après injection de gadolinium) : multiples lésions nodulaires hypointenses, tissulaires, au niveau des deux parenchymes rénaux.

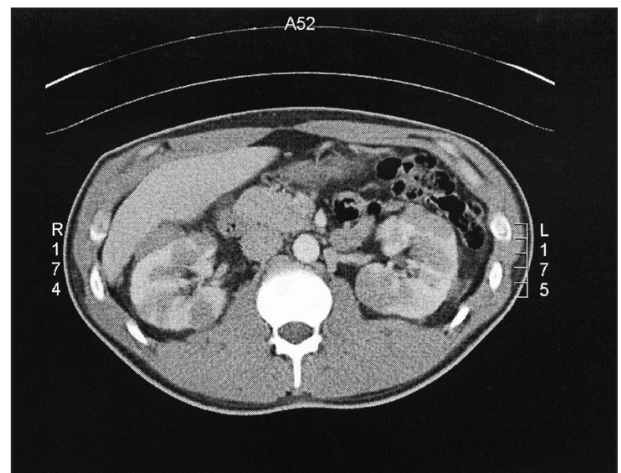
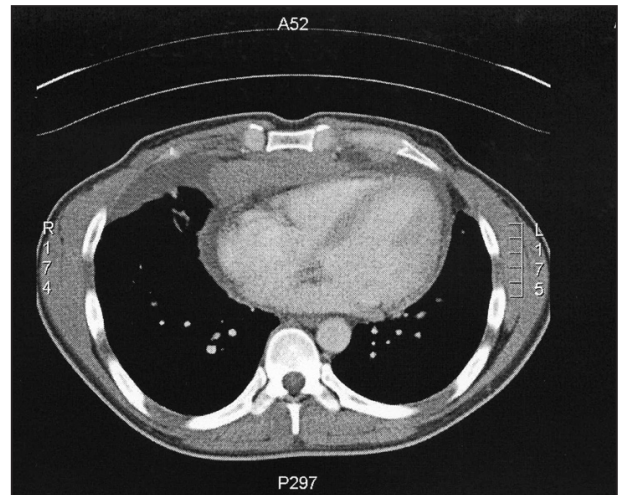


Figure 2. TDM de repérage pour ponction (+ contraste).
a. Coupe axiale thoracique basse (patient en procubitus) montrant une infiltration tissulaire médiastinale antéro-inférieure et des épanchements pleural droit et péricardique.
b. Coupe axiale montrant les multiples nodules tissulaires des deux reins.

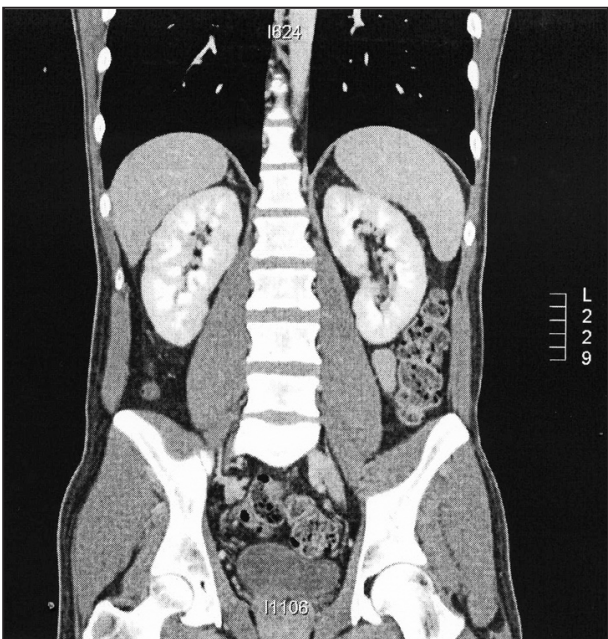


Figure 3. TDM (coupe coronale, en reconstruction MPR + contraste) excellente évolution sous traitement avec quasi-disparition de l'atteinte nodulaire.

- (1) Etudiante, Université de Liège.
(2) Consultant, Service d'Imagerie médicale, CHU de Liège.
(3) Assistante, Service d'Oncologie, CHU de Liège.
(4) Professeur, Service de Néphrologie-Dialyse-Hypertension, CHU de Liège.

CAS CLINIQUE

Nous rapportons l'histoire d'un patient âgé de 35 ans qui se présente à la consultation pour avis néphrologique avec une symptomatologie peu spécifique. Ses plaintes consistent en une polyurie, des douleurs au niveau de la fosse iliaque droite depuis plusieurs mois ainsi qu'une asthénie persistante, des troubles du sommeil et des sudations nocturnes avec frissons. Il signale également une perte de poids ainsi qu'une masse sous-cutanée para-lombaire droite. Sont progressivement apparues une gêne au niveau de la portion supérieure du thorax, avec une dyspnée

d'effort chez un patient sportif en bonne condition physique.

Dans ses antécédents, on note une exploration pour altération de l'état général, incluant une échographie rénale, réalisée en 2006, sans détection de problème particulier. Une analyse urinaire avait cependant montré une hématurie et des traces de protéinurie.

L'examen clinique révèle un point costo-musculaire droit et un empatement colique droit à la palpation. Le patient présente une induration sous-cutanée dans les régions para-lombaire droite et inguinale gauche. Le reste de l'examen est sans particularité.

En raison de la symptomatologie ainsi que des légères altérations mises en évidence à l'analyse d'urines et d'un syndrome inflammatoire biologique, un scanner abdomino-pelvien est réalisé. Ce dernier met en évidence des lésions hypodenses multiples au niveau des deux parenchyms rénaux, vérifiées par une IRM abdominale. (Fig. 1). Celle-ci démontre, en effet, une infiltration tissulaire des deux reins par des formations arrondies prenant modérément le contraste, à contenu non liquidien.

A ce stade, les diagnostics différentiels évoqués sont soit une atteinte lymphomateuse probablement secondaire, soit une atteinte métastatique d'une tumeur solide, ou encore une atteinte granulomateuse (sarcoïdose). Une pyélonéphrite multifocale ou une néphroblastomose sont également à envisager, mais n'apparaît que très peu probable.

Une ponction biopsie rénale sous guidage scanographique est décidée. Cet examen permet la découverte fortuite d'un épanchement pleural droit et d'une image d'infiltration tissulaire médiastinale (Fig. 2).

L'analyse anatomopathologique de la biopsie rénale conclut à un lymphome lymphoblastique de phénotype T, au stade IVb vu l'atteinte extra-ganglionnaire. L'atteinte primitive est probablement médiastinale avec localisations rénales bilatérales et des lésions sous-cutanées. Le patient sera admis rapidement dans le service d'Hématologie du CHU de Liège pour un bilan d'extension et traitement.

DISCUSSION

Les lymphomes non Hodgkiniens de type T (LNH) sont plus rares et de moins bon pronostic que les lymphomes de type B. Le sous-type «T lymphoblastique» représente 1 à 2% des LNH T. La médiane d'âge de survenue est de 16 ans. Les lymphomes lymphoblastiques sont donc une

maladie de l'adolescent, mais peuvent survenir à tout âge, deux fois plus chez l'homme que chez la femme. La clinique est généralement paucisymptomatique.

On recherche systématiquement les symptômes suivants : fièvre, sudation nocturne et perte de poids (notés chez notre patient). Cependant le lymphome peut également se révéler par un syndrome de masse ou la présence d'adénopathies.

L'élévation de la créatinine sanguine est observée dans 10 à 40% des cas. L'hématurie présentée par le patient, ainsi que des oedèmes et une HTA sont plus rarement observés (1).

Les lymphomes lymphoblastiques sont responsables d'une atteinte médiastinale antérieure dans 60 à 70 % des cas, laquelle est souvent associée à un épanchement pleural (20% des cas) et à un épanchement péricardique (6 à 20% des cas) (1).

La prévalence de l'infiltration rénale en cas de lymphome est élevée (50%), tant dans les lymphomes secondaires que primitifs (ces derniers étant extrêmement rares). Paradoxalement, ces lésions histologiques fréquentes concordent rarement (2 à 14%) avec des manifestations cliniques et radiologiques telles que l'on peut en observer dans ce cas.

L'atteinte rénale secondaire est fréquemment retrouvée dans les lymphomes primitifs médiastinaux, majoritairement de type agressif.

Le scanner avec injection de produit de contraste est l'examen de choix lorsqu'on suspecte une atteinte rénale secondaire dans un cas de lymphome (2). Plusieurs présentations sont possibles. Par ordre de fréquence :

- nodules bilatéraux non rehaussés (ce cas clinique),
- reins lobulés, augmentés de volume, peu ou non rehaussés,
- nodule unique,
- masse para-rénale invasive,
- infiltration diffuse des deux reins (plus rare).

Généralement, un lymphome de type Hodgkinien se présente sous forme de nodules tandis que l'infiltration diffuse est plus caractéristique d'un lymphome non Hodgkinien (3). Le diagnostic définitif est anatomopathologique.

Le lymphome lymphoblastique T est une indication formelle de prise en charge thérapeutique rapide. Il se base sur la chimiothérapie (Préphase-Induction-Consolidation-Réinduction-Maintenance) et une prophylaxie du système nerveux central (chimiothérapie intrathécale et radiothérapie).

Sous ce traitement, l'évolution chez le patient a été favorable (Fig. 3). Le taux de survie à 5 ans des lymphomes T lymphoblastiques est de 40 à 50%. L'infiltration rénale ne modifie pas le pronostic (4).

Cette présentation nous a donné l'opportunité de vérifier que des symptômes aussi peu spécifiques que des sudations et une asthénie sont parfois révélateurs de pathologies graves et méritent d'être pris en compte à leur juste valeur dans la mise au point des patients concernés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Da'as N, Polliack A, Cohen Y, et al.— Kidney involvement and renal manifestations in non-hodgkin's lymphoma and lymphocytic leukemia : a retrospective study in 700 patients. *Eur J Haematol*, 2001, **67**, 158-164.
2. Sherif El-Sharkawy M, Siddiqui N, Aleem A, Al Diab A.— Renal involvement in lymphoma : prevalence and various patterns of involvement on abdominal CT. *Int Urol Nephrol*, 2007, **39**, 929-933.
3. Brice P, De Keuviler E.— Lymphomes de l'appareil urogénital. *Ann Urol*, 2007, **41**, 1-5.
4. Morel P, Dupriez B, Herbrecht R, et al.— Aggressive lymphoma with renal involvement : a study of 48 patients treated with the LNH-84 et LNH-87 regimens. *Br J Cancer*, 1994, **70**, 154-159.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. J.M. Krzesinski, Service de Néphrologie-Dialyse-Hypertension, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.